

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ, 2013

*Lactobacillus*, *Enterococcus* та підвищується популяційний рівень, коефіцієнт кількісного домінування та значущості бактерій роду *Escherichia*, *Proteus*.

**ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРАПЕЛЬВІКАЛЬНИХ КИСТ НИРОК**

О.С. Федорук, М.С. Степанченко, К.А. Владиченко, П.В. Кифяк, В.В. Візнюк  
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці  
a.fed@list.ru, stepanchenko@bsmu.edu.ua

Парапельвікальні кисти (ПК) зустрічаються у 6% випадків вроджених ниркових кист. За останні 5 років в урологічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці знаходились на лікуванні 14 хворих віком від 31 до 56 років (6 чоловіків і 8 жінок) з ПК. У 9 хворих кисти розташовувались у воротах правої та у 5 – лівої нирки. Основним методом діагностики ПК була екскреторна урографія. Ультразвукове дослідження дозволяло визначити відношення кисти до ниркової ніжки, давало можливість встановити розміри кисти, її локалізацію. Ці дані враховувались при плануванні операції та вирішенні питання про первинну мобілізацію передньої чи задньої поверхні нирки. За нашими даними достовірність методу складала 90%. Дані комп'ютерної томографії нерідко ставали вирішальними у визначенні об'єму і характеру операції, особливо у хворих з вираженим гідрокалікозом і потоншенням паренхіми нирки. Всі 14 хворих з ПК нирки були оперовані. У 7 було проведено висічення зовнішньої стінки кисти відкритим способом, у 1 виконана нефректомія в зв'язку з термінальною стадією гідронефротичної трансформації, у 6 висічення зовнішньої стінки кисти проведено ретроперитонеоскопічно. Оптимальним методом хірургічного втручання при ПК до появи у відділенні лапароскопічного обладнання було відкрите висічення зовнішньої поверхні кисти без видалення її задньої стінки для попередження пошкодження порожнинної системи нирки та подальшого виникнення післяопераційних сечових норниць, проте на даний момент такий об'єм оперативного втручання може виконуватися ендоскопічним методом. Тут вступають у чинність всі переваги ендоскопічних способів лікування: мала травматичність, зниження ліжкодня (економічна ефективність), і, що не маловажно, порівняна легкість виконання операційного прийому у важкодоступних місцях та на малому просторі. У 9 оперованих хворих проводили інтраопераційну біопсію паренхіми нирки. При аналізі результатів гістологічного дослідження тканини нирки, як правило, виявлялась картина хронічного пієлонефриту. На наш погляд, розвиток хронічного пієлонефриту зумовлено розладом гемодинаміки нирки в результаті стиснення вен і зміщення артерій кистою. Гістологічні дослідження стінки кисти показали, що вона складалась з фіброзної тканини з ділянками гіалінозу та вогнищами лімфо-гістіоцитарної інфільтрації. В жодному випадку не зафіксовано малігнізації стінки кисти, що, на нашу думку, пов'язано із своєчасною діагностикою та раннім оперативним втручанням. Артеріальна гіпертензія спостерігалась у 7 хворих. Після висічення кисти артеріальний тиск нормалізувався у 6 пацієнтів, що свідчить про прямий зв'язок артеріальної гіпертензії з даним захворюванням. Розлади гемодинамічних процесів в нирці, які виникли внаслідок стиснення її судин і паренхіми кистою створюють передумови для розвитку хронічного інтерстиційного запалення та нефрогенної гіпертензії, що беззаперечно свідчить про необхідність застосування ранньої оперативної тактики лікування.

Таким чином, діагностика ПК повинна починатися з ультразвукового сканування як скринінг-тесту, або методу діагностичної орієнтації. В подальшому може бути використана комп'ютерна томографія. Доцільним є виконання вазографічних досліджень, які дозволяють не тільки уточнити діагноз, але і скласти план

оперативного лікування. Найефективнішим методом оперативного лікування є відеоендоскопічний, що підтверджено у клініці.

## **ОБЛАСНА КОМУНАЛЬНА УСТАНОВА - ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ М. ЧЕРНІВЦІ (ІСТОРИЧНИЙ НАРИС)**

А.Т. Зінченко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У січні 1982 року почала функціонувати обласна лікарня швидкої медичної допомоги м. Чернівці, яка спочатку мала назву - міська клінічна лікарня №1.

Сюди на вул. Фастівську, 2, в 9-ти поверхову споруду були переведені медичні заклади і підрозділи з різних лікарень м. Чернівці. З обласної клінічної лікарні переведено нейрохірургічне, ортопедо-травматологічне і гематологічне відділення. З дитячої міської лікарні по вул. Буковинській переведено дитяче ортопедо-травматологічне відділення, яке було змішаним з хірургічним. З міської лікарні № 1, що базувалася на вул. Волгоградській переведено хірургічне відділення, яке стало хірургічним відділенням №1 і клінічною базою кафедри госпітальної хірургії. Переведені також й терапевтичні відділення, на основі яких сформовані терапевтичні відділення №1 і №2 (пульмонологічне). З вулиці Боженка (поліклініка №1) переведено цілодобово працюючий міський травмпункт. З міської лікарні №3, що по вул. Чапаєва переведено хірургічне відділення, яке стало хірургічним відділенням №2 і клінічною базою кафедри загальної хірургії. Переведено також змішане ортопедо-травматолого-опікове відділення.

Таким чином, в новій лікарні на вулиці Фастівській (серед населення вона отримала назву «фастівська»), були створені відділення як хірургічного так і терапевтичного профілю, лікарня була оснащена централізованою лабораторією (клінічна, біохімічна, бактеріологічна, клініко-діагностична), кабінетами функціональної діагностики, відділом переливання крові (зараз відділення трансфузіології), рентген кабінетами, кабінетом УЗД, кабінетом ендоскопії, фізіотерапевтичним відділенням.

Хірургічний профіль представляють хірургічні відділення №1 (завідувачі: Василов В.І., Філіпець О.І.) і №2 (завідувачі: Режко В.Т., Цикрович В.Л., Хмелєвський М.М., Мороз О.М.), урологічне відділення (завідувачі: Киселевич Л.Д., Арійчук І.К.); нейрохірургічне відділення (завідувачі Бобков О.М., Бобков В.О.); опікове (зараз відділення термічної травми і пластичної хірургії), завідувачі: Скицько А.І., Малейкий М.В.; дитяче ортопедо-травматологічне відділення (завідувачі Лезвинський Я.С., Середюк Б.М.); доросле ортопедо-травматологічне відділення (завідувачі: Потапович З.Г., Петрюк В.Д., Сапожник М.Ф., Яким'юк Д.І.). Терапевтичний профіль представляють терапевтичне відділення №1 (завідувачі: Мовчан Я.К., Ганжа В.Д.) і №2 (завідувачі: Попова В.М., Волощук В.О., Ушенко С.А., Дирда О.М.), гематологічне відділення (завідувачі: Коцур Н.М., Аджигітова Л.В.); гастроентерологічне відділення (завідувачі: Лісова Т.Г., Дорошук В.І.); неврологічне відділення – центр невідкладної неврології (завідувач – Вакарчук Г.В.); фізіотерапевтичне відділення – відділення відновного лікування (завідувачі: Флакман Ж.Л., Бардецька Н.Б., Алборова О.В., Пилип'як Є.І.); реанімаційне відділення – відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії (завідувачі: Уца В.В., Палій В.М., Домбровський Б.Д., Іванов В.С.); рентгенологічне відділення (завідувачі Сорока А.Н., Грушко В.О.); цілодобовий дорослий травмпункт (завідувачі: Кучкова Л.М., Маловічко І.П., Потапович З.Г., Лазар Т.Х.); цілодобовий дитячий травмпункт (завідувач Середюк Б.М.). Окремо треба виділити приймальне відділення, яке також працює цілодобово, обстежує і госпіталізує в різні відділення ЛШМД до 80-100 хворих на добу (завідувачі: Черчук Т.А., Борак Л.С., Рихальська Н.В., Ращук П.П., Проц В.Й., Черненко В.Й., Істрафілова